

Aus der Nervenlinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. K. Kolle

Die depressiv-paranoiden Psychosen des Rückbildungsalters

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

CLAIRE FLEISCHMANN

aus Darmstadt

1960

Aus der Nervenlinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. K. Kollé

Die depressiv-paranoiden Psychosen
des Rückbildungsalters

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Claire Fleischmann

aus

Darmstadt

1960



5349/60.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Professor Dr. med. J.E. M E Y E R
Dekan : Professor Dr. med. H. S C H W I E G K

Tag der mündlichen Prüfung: 9. Februar 1960

Zum Gedenken meines verstorbenen Vaters



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554030_0030

Dem Direktor der Universitäts-Nervenlinik Herrn Professor Dr. K. Kolle möchte ich für die Genehmigung des Themas, sein freundliches Interesse und die Überlassung der Krankengeschichten sehr herzlich danken.

Herrn Professor Dr. J. E. Meyer bin ich für die Stellung des Themas und seine Unterstützung zu großem Dank verpflichtet.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Einleitung	1
B. Methodik und Krankengut	4
1. Erkrankungsalter	6
2. Konstitution	7
3. Soziale Zusammensetzung	7
C. Psychiatrische Befunde	8
1. Präpsychotische Persönlichkeit	8
2. Familiäre Belastung	8
3. Auslösende Faktoren	9
4. Verhältnis der depressiven Symptomatik zur paranoiden	10
5. Symptomatologie	10
a) Depressive Symptomatologie	11
α) Vitalstörungen	11
β) Selbstvorwürfe	12
γ) Suicid	14
δ) Angst	15
ε) Versündigungswahn	16
ζ) Der Zeiger der Schuld	17
b) Paranoide Symptomatologie	18
α) Verfolgungsgedanken	18
β) Beobachtungsideen	19
γ) Beziehungserlebnisse	19
δ) Bedeutungserlebnisse	19
ε) Vergiftungsideen	20
ζ) Halluzinationen	20
η) Gedankenentzug und -beeinflussung	20
6. Therapie	21
7. Therapieerfolge	21
8. Frühere Phasen	23
9. Verhältnis des Zeigers der Schuld zum Therapieerfolg	26
D. Diskussion	27
E. Zusammenfassung	34
F. Literaturverzeichnis	35

D I E D E P R E S S I V - P A R A N O I D E N

P S Y C H O S E N D E R R Ü C K B I L D U N G

A. Einleitung

Mit seiner Metapher vom Zeiger der Schuld hat Kurt S c h n e i -
d e r (1) die Möglichkeit gegeben, depressive und paranoide Syn-
drome zu trennen. In der ersten Lebenshälfte scheint auch eins
das andere auszuschließen. Die depressiv-paranoiden Psychosen
des Rückbildungsalters dagegen sind sowohl phänomenologisch als
auch nosologisch sehr rätselhaft. Hier vermischen sich depressi-
ve und paranoide Symptome. Die Kranken zeigen auf der einen Sei-
te das Bild einer endogenen Depression mit Selbstvorwürfen, Vi-
talstörungen, Tagesschwankungen, hypochondrischen Beschwerden und
Lebensüberdruß, auf der anderen Seite typische Symptome des schi-
zophrenen Formenkreises: sie fühlen sich verfolgt, beobachtet,
bestrahlt und vergiftet, beziehen alltägliche Vorgänge auf sich
und geben ihnen eine magische Bedeutung. Auch waren bei einer
großen Zahl Kranker Gefühls- und vor allem Gehörstäuschungen zu
finden, niemals aber sichere, echte, optische Halluzinationen.
Die Stimmung der Patienten ist meist wahnhaft, ängstlich: Irgend-
etwas Unheimliches, Unerklärliches geht vor sich, ein Komplott,
das die Kranken vernichten will. Um die Erscheinungsform dieser
Psychose möglichst erkennen zu lassen, seien zwei Beispiele an-
geführt:

- Beispiel Nr. 1

K. G. Nr. 2100/52

64jährige leptosome Patientin. Der Vater litt an Säuerwahn, un-
ternahm mehrere Selbstmordversuche, von denen auch einer gelang.
Nachdem der Enkel der Kranken aus Eifersucht seine Freundin umge-
bracht hatte, und der Sohn der Patientin, der Vater des Mörders
mehrere Suicidversuche unternahm, bricht bei der Patientin eine
Psychose aus. Sie beginnt mit massiven Selbstvorwürfen. Die Kran-
ke fühlt sich schuldig an dem Unglück, weil sie ihre Kinder nicht
taufen liess und selbst, obwohl sie sehr fromm ist, und seit Jah-
ren in die katholische Kirche ging, als Angehörige der englischen
Hochkirche nicht zum Katholizismus übertrat. Sie wollte wegen
dieser Dinge gar nicht mehr leben und äußerte einmal, sie werde
den Gashahn aufdrehen. Einen Selbstmordversuch unternahm sie

aber nicht. Der Schlaf wurde immer schlechter, ebenso der Appetit. Sie grübelte immerzu und behauptete, nun bald sterben zu müssen. Dabei war sie unruhig und getrieben, klagte über heftige Leibschmerzen, "etwas muss im Bauch los sein". Mit diesem Krankheitsbild kam die Patientin in die Klinik. Hier wird sie immer stärker paranoid und wahnhaft ängstlicher. Sie glaubt Geräusche auf dem Gang und Schreien der Mitpatienten bedeuten, daß ihre Kinder vor der Türe mißhandelt würden. Durch ein Heizungsgitter an der Wand glaubt sie sich von den Ärzten beobachtet. Die anderen Patienten im Zimmer werden durch ihre Anwesenheit krank bzw. nicht gesund. Die Kranke wirft Lebensmittel aus dem Fenster, damit die anderen Patienten sich nicht damit vergiften. Die Stimmung ist außerordentlich wechselnd, teilweise erscheint die Patientin ruhig und geordnet, weil sie sich stark beherrscht und versucht zu dissimulieren, teilweise ist sie agitiert und wahnhaft ängstlich. Allen Menschen bringt sie Mißtrauen entgegen, die Ärzte belügen sie bewußt. Sie weiss ganz genau, daß sie nicht wieder gesund wird. Von diesen depressiv nihilistischen Gedanken wird sie ganz beherrscht. 5 ES bringen vorübergehend eine Besserung. Als eine neue Therapie begonnen werden sollte, mußte die Patientin verfrüht auf dringenden Wunsch des Ehemannes entlassen werden. 3 1/2 Wochen Klinikaufenthalt.

Beispiel Nr. 2

K. G. Nr. 2354/54

45jähriger Patient, ledig, Akademiker. Volkswirtschaft mit Abschlußprüfung, dazu 6 Semester Elektroingenieur. Nach einer Hämorrhoidenoperation, 2 Monate vor Klinikaufnahme, brach die Psychose aus. "Ich bin ein Schwindler und Betrüger, weil ich nach der Operation noch ins Krankenhaus ging, nur um mich vor der Arbeit zu drücken. Ich war schon immer ein Faulpelz und habe das Geld meiner Eltern zum Fenster hinausgeworfen, weil ich es nicht wert war". Die Leute auf der Straße und auch seine Freunde haben über ihn gesprochen und ihn so komisch angesehen, allerdings ist ihm das erst in den letzten Wochen aufgefallen. Der Schlaf ist immer schlechter geworden. Er hatte über seine eigene Schlechtigkeit viel grübeln müssen. Keine Appetitstörungen.

Der Stuhlgang ist nur noch mit sehr viel Abführmitteln möglich. Der Patient klagt über Kopfschmerzen und Druckgefühl auf der Brust. Die Stimmung ist morgens sehr viel schlechter als abends. Er hat auch schon gedacht, daß er Krebs habe. Er müsse viel weinen, oftmals ohne Grund. Vor allem die Angst vor einer "Existenzvernichtung" quält den Kranken sehr. Er glaubt: "Ein Weltuntergang kommt. Meine Hausfrau hat gesagt, daß das Kaminputztürchen herausgefallen ist . . . Man spürt ja auch den eigenen Untergang in sich selbst. Das merke ich daran, daß alles tot und leer ist". Geschlechtsverkehr hat er noch nie gehabt. Er onanierte manchmal und macht sich auch darüber Vorwürfe. Er denkt auch, daß er davon seine Krankheit habe. Die Stimmung ist unruhig, ängstlich wahnhaft. Er schaut alle Gegenstände mißtrauisch an, riecht an allem Möglichen und antwortet auf Befragen, daß ihm alles unheimlich und verändert vorkommt. Er habe das Gefühl, daß man etwas mit ihm vorhabe, er weiß nur nicht was. Nach 12 ES und Megaphen, 6 1/2 Wochen Klinikaufenthalt vollständig remittiert entlassen.

Die beiden angeführten Beispiele zeigen sehr deutlich das Verschmelzen von Symptomen aus den beiden großen Formenkreisen der endogenen Geisteskrankheiten. Es erhebt sich nun die Frage, sollen die depressiv-paranoiden Psychosen des Involutionalters in den schizophrenen Formenkreis, oder zum manisch-depressiven Irresein gerechnet werden? Oder empfiehlt es sich, sie als dritte Gruppe zwischen die beiden Hauptgruppen der endogenen Psychosen zu stellen?

K r a e p e l i n (2) sagte schon, daß die Lehre von den Psychosen des höheren Lebensalters das dunkelste Gebiet der Psychiatrie sei. Und dieser Satz hat auch in der Zwischenzeit nicht an Gültigkeit verloren.

In den folgenden Kapiteln wird die Phänomenologie und Symptomatologie der depressiv-paranoiden Rückbildungspsychosen an Hand von Krankengeschichten untersucht und statistisch bearbeitet. Inwieweit andere Autoren ähnliche Krankheitsbilder bereits beschrieben haben, wird dann in der Diskussion zu besprechen sein.

B. Methodik und Krankengut

Es wurden an der Universitätsnervenklinik in München aus sechs Jahrgängen 50 Krankengeschichten, 39 weibliche und 11 männliche, bearbeitet und zwar jeweils die letzte Phase. Am Ende des Kapitels über die psychiatrischen Befunde ist aus Tabellen zu ersehen, wieviele Kranke früher schon Phasen durchmachten und wie deren Diagnosen lauteten.

Da Hirnatrophie oder Arteriosklerose ebenfalls psychotische Krankheitsbilder hervorrufen können, wurden nur solche Krankengeschichten verwertet, bei denen mit den klinischen Methoden organische Erkrankungen als evtl. Ursache der Psychose ausgeschlossen werden konnten. Infolgedessen liegen auch die Blutdruckwerte bis auf drei Ausnahmen im Bereich der Norm; es konnten aber für diese Druckerhöhungen Ursachen gefunden werden, die als Grundlagen für den Ausbruch einer Psychose nicht in Frage kommen.

Die Krankengeschichten verteilen sich auf die verschiedenen Jahrgänge wie folgt:

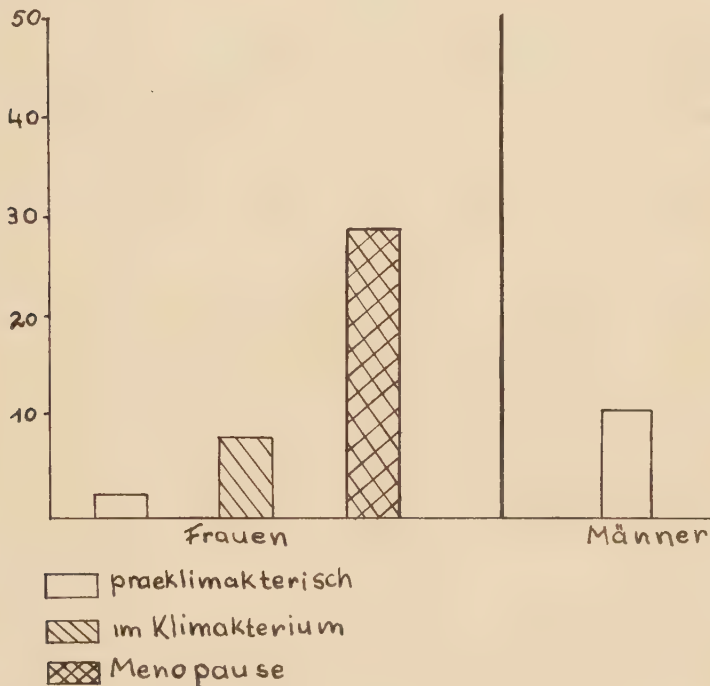
Frauen:

Jahr	Gesamtaufnahmen	depr.-para. Psychosen
1952	2847	6
1953	2014	4
1954	1730	3
1955	1750	3
1956	1540	12
1957	1376	11

Männer:

Jahr	Gesamtaufnahmen	depr.-para. Psychosen
1952	3062	1
1953	3048	4
1954	2544	3
1955	2445	-
1956	2111	2
1957	1855	1

Das Verhältnis der weiblichen Probanden zu den männlichen beträgt bei 39 Frauen und 11 Männern rund 3,5 : 1.

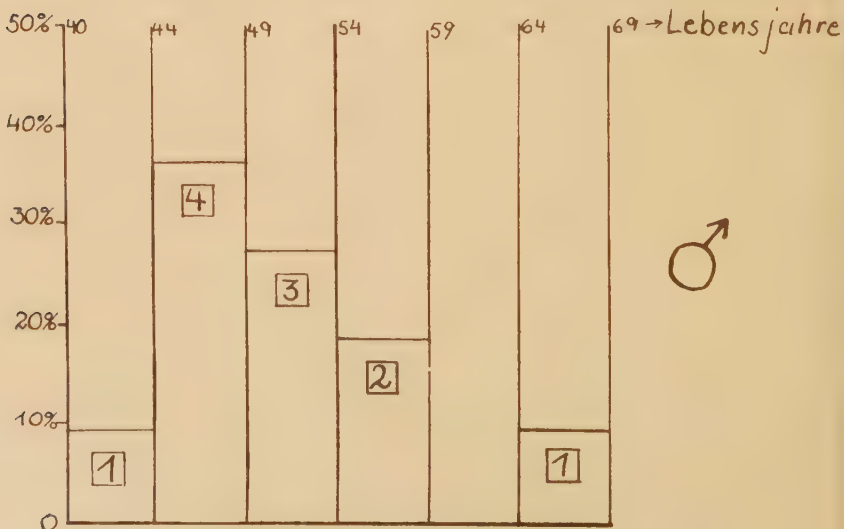


Die Krankengeschichten laufen nur zum Teil unter der Diagnose "Depressiv-paranoide Psychose im Rückbildungsalter". Wenn auch die anderen Diagnosen sehr ähnlich lauten, soll doch die genaue Aufteilung hier angeführt werden:

Depr.-para. Rückbildungspsychose	26
Involutionspsychose	6
Depr.-para. Psychose	6
Rückbildungsdepression	3
Depr.-para. Psychose im Klimakterium	2
Depr.-para. Zustandsbild	2
Para.-halluzinat. Rückbildungspsychose	1
Paranoide Psychose im Klimakterium	1
Klimakterische Psychose	1
Depr. Rückbildungspsychose	1
Klimakterische Depression	1

1. Erkrankungsalter

Alle Probanden sind älter als 40 Jahre, nach oben ist dem Alter keine Grenze gesetzt. Es zeigte sich aber, daß bei den Frauen zwischen dem 50. und 55. und bei den Männern zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr das Erkrankungsmaximum liegt.



2. Konstitution:

Über die Konstitution konnte leider nur sehr wenig in Erfahrung gebracht werden. Von den 50 Kranken werden 7 als pyknisch bezeichnet, 3 als leptosom, 2 als asthenisch und 1 als athletisch. Über die Konstitution der übrigen 37 Patienten wurde in den Krankengeschichten nichts ausgesagt.

3. Soziale Zusammensetzung:

Die Patienten stammen aus den verschiedensten sozialen Kreisen. Von den 39 Frauen sind 11 ledig, darunter 2 Ordensschwwestern; von den übrigen 9 ledigen Frauen kommen 6 aus niedrigen sozialen Verhältnissen, 2 davon haben uneheliche Kinder, die anderen 3 aus mittleren Beamtenkreisen. Von den 28 verheirateten Frauen stammen 17 aus gutbürgerlichen Kreisen (die Männer sind selbständig oder mittlere Beamte), 2 davon sind verwitwet, 1 geschieden. Die anderen 11 kommen aus den unteren Volksschichten. 1 Kranke ist imbezill.

Von den 11 Männern sind 8 verheiratet, 2 ledig und einer in Scheidung begriffen. Es befinden sich darunter 6 Arbeiter, 2 Handwerker, 1 Angestellter, 1 Diplomkaufmann und 1 Dr. phil. Die soziale Zusammensetzung ist recht bunt und zeigt, daß das Auftreten depr.-paranoider Psychosen im Rückbildungsalter nicht an eine soziale Schicht oder an einen bestimmten Intelligenzgrad gebunden ist.

C. Psychiatrische Befunde

1. Präpsychotische Persönlichkeit:

Die präpsychotische Persönlichkeit war bei den Frauen in 27 und bei den Männern in 4 Fällen zu eruieren. In den übrigen Krankengeschichten wurde über die Persönlichkeit des Patienten vor der Psychose nichts ausgesagt. 3 Frauen und 1 Mann werden in der Vorgeschichte als sthenische, tatkräftige Menschen beschrieben. 11 Frauen und 2 Männer werden als ernste und schwermütige Charaktere bezeichnet. 1 Patient soll immer schon ein unsicherer, fast anankastischer Mensch gewesen sein; als fröhliche, lebenslustige Frauen werden 7 Patientinnen beschrieben. 3 weibliche Kranke sollen übergenaue Menschen gewesen sein. 3 Patientinnen werden präpsychotisch als mißtrauisch und 1 als überaus ängstlich bezeichnet.

2. Familiäre Belastung:

Eine familiäre Belastung mit Geisteskrankheiten war bei den Frauen in 20 Fällen = 51,2% zu erfahren. Allerdings muß man diese Feststellung, da sie nur auf Aussagen der Patienten bzw. deren Angehörigen beruhen, mit Vorbehalt betrachten, denn bekanntlich wird oft eine Geisteskrankheit in der Familie verschwiegen. In den männlichen Krankengeschichten findet sich ein Hinweis auf familiäre Belastung in 5 Fällen = 49,5%. Zur familiären Belastung wurden auch die Fälle gerechnet, in denen nur von einer indifferenten Nerven- oder Geisteskrankheit berichtet wird, also nicht mit Sicherheit zu entscheiden war, ob es sich um eine Schizophrenie, Cyclothymie oder eine symptomatische Psychose handelt.

In der folgenden Tabelle werden die einzelnen Belastungsformen genauer aufgezeigt:

Frauen

7 Pat. I
4 " C
2 " SM
2 " AL SM
1 " I SM
1 " C SM
1 " S
1 " S S
1 " C S A A

Männer

1 Pat. I I SM SM
1 " E SM
1 " C
1 " SM
1 " S I I SM

Erklärung der Abkürzungen:

I = wahrscheinlich Psychose unbekannter Art;
C = Cyclothymie; S = Schizophrenie; SM = Suicid;
P = Paralyse; A = Anankasmus; AL = Alkoholismus;
E = Epilepsie.

3. Auslösende Faktoren:

Auslösende Faktoren werden in insgesamt 17 Fällen angegeben. Davon fallen auf Frauen 10 und auf Männer 7. Auffallend ist das ungleich häufigere Vorhandensein auslösender Faktoren bei den Männern. Das Verhältnis beträgt rund 26% : 69%.

Bei den Frauen werden folgende Gründe angegeben: Nach einer Operation tritt 3mal eine Psychose auf. Streit mit Nachbarn, Mietern oder Verwandten wird in 4 Fällen als Ursache angegeben. 1mal ist Eifersucht auf die Schwiegertochter, 1mal sind Selbstvorwürfe über fälschliche Verdächtigungen (die Tochter habe eine Geldbörse genommen) die auslösenden Faktoren. Eine Psychose kommt zum Ausbruch, weil die Patientin sich schuldig fühlt an einem Mord, den ihr Enkel beging. (Beispiel Nr. 1)

Bei den Männern tritt die Erkrankung in 2 Fällen im Anschluß an eine Operation und 1mal nach einem Handbruch auf. Ein Patient begeht nach seiner Ernennung zum Schöffen einen Selbstmordversuch und kommt in die Klinik. Ein anderer glaubt, daß ein Alkoholausbruch verantwortlich sei. Ein Patient, ein anankastischer unsicherer Mensch, erkrankt, als seine Frau die Annullierung der Ehe beantragt, da niemals ein Verkehr stattgefunden hat. Bei einem Hilfsarbeiter, der seine Wohnung bedroht sieht, kommt es aus

diesem Grunde zum Ausbruch einer Psychose. Alle übrigen Patienten können keine Ursache für ihre Krankheit nennen.

4. Verhältnis der depressiven Symptomatik zur paranoiden:

Der Krankheitsbeginn der einzelnen Psychosen ist verschieden. Einmal bricht die Erkrankung wie eine reine endogene Depression aus, und erst im Verlauf treten paranoide Symptome hinzu. Ein anderes Mal sind die paranoiden Gedanken die ersten Anzeichen der Psychose, und erst später kommen depressive Symptome dazu. Der Beginn sagt aber noch nichts darüber aus, welche Seite der Psychose, die depressive oder die paranoide, später im Krankheitsbild vorherrscht.

Bei den Frauen beginnt die Psychose 18mal mit depressiven Symptomen. In 13 Fällen bleibt, trotz des Dazutretens von paranoiden Ideen, das depressive Element deutlich vorherrschend, während sich bei 5 Fällen im Verlauf der Erkrankung die paranoide Seite der Psychose in den Vordergrund schiebt. Bei 21 Patientinnen beginnt die Krankheit mit paranoiden Symptomen, die in 15 Fällen trotz depressiver Erscheinungen das Krankheitsbild beherrschen, während 6mal im Verlauf die Symptomatologie zur depressiven Seite umschlägt. Auffallend ist, daß bei den Männern viel häufiger ein depressiver Beginn festzustellen ist; 18 Frauen = 46,1% stehen hier 7 Männern = 63,7% gegenüber. In 6 von 7 Fällen bleibt die depressive Symptomatik in der Psychose vorherrschend, einmal tritt das Paranoide im Verlauf der Psychose mehr in den Vordergrund. Die übrigen 4 männlichen Krankengeschichten zeigen einen paranoiden Beginn, wovon 3 auch im Verlauf paranoid bleiben, und 1 später mehr depressiv wird.

5. Symptomatologie:

Man kann sich vorstellen, daß bei der Vielzahl der Symptome, durch Fehlen des einen oder starke Betonung eines anderen, vielfältig und bunt variierende Krankheitsbilder entstehen. Es gibt alle Übergänge, von einer vorwiegend depressiven Psychose mit nur wenigen, fast in den Hintergrund tretenden paranoiden Zügen, bis zum echten Wahn, bei dem sich die depressive Seite nur in Vitalstörungen und der depressiven Stimmung ausdrückt. Im Folgenden

werden die einzelnen Symptome und die Häufigkeit ihres Auftretens dargestellt.

a) Depressive Symptomatologie:

α) Vitalstörungen

Unter Tagesschwankungen leiden 12 Frauen und 3 Männer. Dieses Symptom findet sich nur bei sehr ausgeprägtem depressivem Krankheitsbild. Schlafstörungen kommen in 34 Fällen bei den Frauen und in 9 Fällen bei den Männern vor. Zu haltlosem und vielfach unbegründetem Weinen kommt es bei den Frauen in 28, bei den Männern in 6 Fällen. Appetitstörungen liegen bei den Frauen 27mal und bei den Männern 8mal vor. Über körperliche Beschwerden klagen die Frauen viel häufiger als die Männer. Unter Druck auf der Brust oder im Kopf und unter Globusgefühl (Knödel im Hals) leiden 12 Patientinnen. Über Beschwerden von Seiten des Herzens klagen 13 Frauen, über Darmbeschwerden 6. Die hypochondrischen Klagen werden oft derart überbewertet, daß sie fast alle anderen Symptome in den Hintergrund drängen. Als Beispiel diene folgende Krankengeschichte:

Beispiel Nr. 3

KG. Nr. 1215/57

Die Kranke, eine 47jährige Pyknikerin, ist seit zwei Monaten im Klimakterium. Zwei Wochen vor Klinikaufnahme veränderte sie sich plötzlich ohne äußere Ursache. Ihr Schlaf ist gestört, dazu äußert sie vielfache hypochondrische Befürchtungen. Sie klagt über Bauchweh und Verstopfung; durch das aufsteigende Blut (fliegende Hitze) ist der Sehnerv verbrannt und daher kommt die Schlafstörung; sie ist radioaktiv geladen und daher, so meint sie, kribbelt es überall. Im Kopf habe sie den Ischiasnerv und das könne wohl Venenentzündung sein. Besonders die Darmbeschwerden bedrücken sie sehr und sie glaubt, jetzt sterben zu müssen. Das Herz tut ihr auch weh. Die Patientin sagt selbst, sie habe jeden Tag eine andere Krankheit. Die Stimmung ist unruhig und ängstlich. Die Arbeit geht nicht mehr voran. Am Morgen ist es schlimmer als abends. Erst nach intensiverem Fragen äußert die Kranke dann Wahngedanken, die für sie fest und unerschütterlich

sind. Sie fühlt sich beobachtet und bestrahlt, hört Stimmen und bezieht Zeitungen und Autos auf sich. Man spricht hinter ihrem Rücken über sie. An allem ist wahrscheinlich der Schwiegersonn schuld, der ihr die Krankheit gewünscht hat. Vielleicht ist sie aber auch selbst schuld, weil sie einmal durch zu schweres Heben einen Abort herbeiführte. Sie ist sehr fromm und betet viel, um von dem Fluch loszukommen. Die Stimmung ist depressiv gehemmt, aber nicht verzweifelt. (Nach 7 ES kombiniert mit Opiumkur und leichten Schlafmitteln, 4 1/2 Wochen Klinik-aufenthalt, vollständig remittiert entlassen.)

Diese Beobachtung steht für eine andere, sehr ähnliche Krankengeschichte.

Bei den Männern finden sich fast keine, oder nur angedeutete hypochondrische Klagen, einmal wird über Herz- und zweimal über Darmbeschwerden geklagt, die sich allerdings in einem Fall auf ein kurz vorher operiertes Magen-CA zurückführen lassen. Ein Patient leidet unter Globusgefühlen.

3) Selbstvorwürfe

Bei einer echten endogenen Depression klagen sich die Patienten an, die größten Verbrechen begangen zu haben. Sie haben ihr ganzes Leben verpfuscht und immer alles falsch gemacht, sodaß sie nun auf ewig verdammt und verloren sind. Bei den depressiv-paranoiden Psychosen liegen die Verhältnisse anders. Nicht alle Patienten machen sich selbst Vorwürfe oder, wenn sie sich selbst etwas vorzuwerfen haben, sind diese Selbstanklagen nicht groß; sie werden nur am Rande vorgebracht und drehen sich um einzelne kleine Verfehlungen. Oft entstehen die Selbstvorwürfe erst, nachdem sich die Patienten bereits verfolgt, beobachtet oder vergiftet fühlen und nun grübeln, womit sie diese Strafen verdienen. Sie kramen in der Vergangenheit und finden auch einen kleinen Fehltritt: Sie haben etwas Unrechtes getan, gesagt, gelogen, oder einem Bettler kein Almosen gegeben, wofür sie sich nun bestraft fühlen. Selten erstrecken sich die Selbstvorwürfe auf das ganze Leben und die gesamte Persönlichkeit.

Von den 50 Probanden quälen sich 21 Frauen = 53,8% und 5 Männer = 45,5% mit den echten oder vermeintlichen Fehlern ihrer Person und Vergangenheit.

An der folgenden Krankengeschichte soll gezeigt werden, wie sich aus dem übergroßen Maß an Selbstvorwürfen und Insuffizienzgefühlen das paranoide Syndrom entwickelt:

Beispiel Nr. 4

KG. Nr. 399/56

51jährige Patientin, Ordensschwester, im Lehrberuf tätig. Nach einer Gallenblasenoperation wird die Kranke schwermütig und klagt über ein drückendes Gefühl auf der Brust. Nach einem Erholungsurlaub wird es etwas besser. Drei Monate später geht es rasch wieder bergab. Das Druckgefühl stellt sich wieder ein und der Schlaf wird immer schlechter. Die Kranke lebt nur noch in Angst und Gewissensbissen. Sie muß viel über ihr Unglück nachgrübeln und trägt sich mit Selbstmordgedanken. Im Vordergrund steht die große Angst und die Idee, alles verkehrt gemacht zu haben. Sie glaubt die ihr anvertrauten Kinder zu Verbrechern erzogen und den Unterricht vernachlässigt zu haben. Die Schuldgefühle verstärken sich immer mehr. Auch auf sexuellem Gebiet macht sich die Patientin stärkere Vorwürfe, da sie längere Zeit onanierte und auch einigemale Zuneigung zu Priestern hegte. Sie bereut, ins Kloster gegangen zu sein. Diese Schuldgefühle drücken sie sehr nieder, und sie glaubt sich von Detektiven und Kriminalpolizei im Auftrag der Eltern der Kinder bewacht. Ihre Zelle wird laufend kontrolliert. Als die Verkehrspolizei kommt, um den Kindern Unterricht zu geben, glaubt sie abgeholt und für ihre vermeintlichen Verbrechen bestraft zu werden. Die Eltern der Kinder beklagen sich in der Zeitung über sie. Sie fühlt sich immer tiefer in ihre Schuld hineingestoßen. Um der Schlaflosigkeit zu begegnen, greift die Patientin zu Eusedon und steigert die Dosis langsam, bis sie an manchen Tagen zwei Normalflaschen zu sich nimmt. Morgens geht es ihr immer schlechter als abends. Auch in der Klinik glaubt sich die Kranke von der Kriminalpolizei bespitzelt; man will sie durch Medikamente gesprächig machen. Nachts hat sie das Gefühl, von Jemandem aus der Klinik zur Prü-

fung am Genitale berührt worden zu sein. Die Stimmung ist depressiv, verzweifelt und ratlos. (Nach 9 ES, 7 Wochen Klinikaufenthalt und Opiumkur gut gebessert entlassen.)

Eine andere Krankengeschichte zeigt, wie die Patientin, nachdem sie sich von den anderen Menschen beobachtet und verdächtigt fühlt, versucht, bei sich eine Schuld zu finden:

Beispiel Nr. 5

KG. Nr. 180/56

51jährige Ordensschwester, als Küchenhilfe tätig. Nach dem Klimakterium entwickelte sich eine Psychose, d.h. seit ungefähr 5 Monaten. Die Patientin bemerkt, daß man schlecht über sie redet und ihr nachsagt, sie habe mit Männern unerlaubte Beziehungen. Sie merkt das am Verhalten ihrer Umgebung. Man tuschelt, lacht und stichelt über sie. Sie hat das Gefühl, als ob ein richtiges Komplott gegen sie im Gang sei. Vergiftungsgedanken werden geäußert. Der Pfarrer und die Zeitung münzen manches auf sie. Körperliche Beschwerden oder Tagesschwankungen werden verneint. Daß sie so schwermütig ist, kommt nur daher, weil die anderen sie so schlecht machen. Trotzdem muß sie viel weinen und grübeln. Vielleicht hätte sie doch in ihrem Leben manches anders machen sollen. Auch glaubt die Kranke, öfter unwürdig gebeicht zu haben. Sonst kann sie sich keine Vorwürfe machen. Selbstmordgedanken werden geäußert. Von Stimmen wird berichtet, von Gedankenentzug und -beeinflussung. Die Kranke erzählt von Visionen, einen hellen Stern hält sie für die Mutter Gottes und eine Katze für den Teufel. Manchmal leidet sie unter Angstvorstellungen, daß etwas Furchtbares, Katastrophales passieren wird, was das sein soll, weiß sie nicht. Die Stimmung ist depressiv, wahnhaft-ängstlich. (Nach 4 ES, Opiumkur und 4 Wochen Klinikaufenthalt vollständig remittiert entlassen.)

♂) Suicid:

Mit Selbstmordgedanken tragen sich 20 Frauen = 51,2 % und 8 Männer = 72,8 %. Nach den Gründen, die die Kranken dazu bringen, sich selbst das Leben nehmen zu wollen, lassen sie sich in zwei Gruppen einteilen: Bei der einen beruht die Suicidttendenz auf de-

pressiver Grundlage, d.h. die Patienten können das Gefühl ihrer Schuld nicht mehr länger ertragen; sie wollen aus Verzweiflung aus dem Leben gehen; hierher gehören 12 Frauen und 5 Männer. Die andere Gruppe glaubt durch Beeinflussung von außen, oder durch Verfolgung zum Selbstmord getrieben zu werden, man kann also von einem paranoiden Suicidantrieb sprechen. Hierher gehören 8 Frauen und 3 Männer.

Zu Selbstmordversuchen kam es bei 6 Frauen = 15,4% und bei 4 Männern = 36,4%. Eine Patientin sagt, sie sei garnicht in verzweifelter Stimmung gewesen, als sie versuchte, sich die Pulsadern aufzuschneiden. Sie habe sich wie unter einem fremden Einfluß gefühlt. Eine Patientin stürzt aus dem Fenster, weil sie sich von dem Sog nach unten gezogen fühlt. Sie habe eigentlich keine Selbstmordabsicht gehabt. Eine Patientin versucht, sich zu erdrosseln, weil angeblich die Verwandten so böse zu ihr sind, eine andere nimmt aus Scham über einen gepfändeten Radioapparat eine Überdosis Schlafmittel. Alle anderen Patienten, die versuchten, sich das Leben zu nehmen, gaben als Gründe Verzweiflung, Lebensüberdruß oder den Wunsch, die Familie von sich zu befreien, an.

8) Angst

Die Angst ist das häufigste und fast allen depressiv-paranoiden Psychosen gemeinsame Symptom. Sie ist aber niemals eine echte depressive Angst, sondern wird von der paranoiden Seite der Psychose geprägt. Sie ist immer die Furcht vor Etwas. Entweder ist dieses Etwas konkret, also die Angst vor Zuchthaus, vor Polizei und Verfolgung, oder die Patienten wissen nicht, was passieren soll, aber es liegt etwas in der Luft, etwas Furchtbare, Unheimliches, das sich aber immer nur auf die Patienten oder ihre Angehörigen bezieht. Das Symptom der Angst war bei den Frauen in 88,4% und den Männern in 81,8% der Fälle vorhanden. Die Psychosen, denen das Symptom der Angst fehlt, zeigen auch eine sehr spärliche depressive Symptomatik, die sich in Vitalstörungen erschöpft. Selbstvorwürfe oder Ichschuld sind in keiner dieser Krankengeschichten zu finden. Bei 12 weiblichen und 3 männlichen Patienten ist die Furcht besonders ausgeprägt und beherrscht das ganze Krankheitsbild. Hierzu ein Beispiel:

Beispiel Nr. 6

KG. Nr. 1336/53

54jährige Flüchtlingsfrau, Rentnerin.

Eine Schwester verstarb in der Nervenheilanstalt, sie soll schwermütig gewesen sein.

Schon 3 Jahre vor der Klinikeinweisung erlebt die Patientin merkwürdige Dinge, die sie in eine furchtbare Angst versetzen. Nachts sieht sie eine weiße Gestalt am Bett. Vor Angst kann sie nicht schreien. Dann passiert etwas ganz Unheimliches: Eine Frau, die eine kranke Kuh heilen soll, kommt zu der Patientin in die Küche, holt Kohlen aus dem Ofen und macht drei Kreuze darüber. Die Patientin bekommt eine furchtbare Angst, es wird ihr ganz unheimlich und sie glaubt, das müsse mit Hexerei zusammenhängen und etwas bedeuten. Der Schlaf wird immer schlechter. Nachts glaubt sie, es fasse jemand nach ihrem Fuß. Die Angst wächst, bis die Patientin einen "Nervenzusammenbruch" erleidet mit allgemeiner Schwäche und Zittern. In einem Krankenhaus wird sie mit Spritzen und Tropfen behandelt und erholt sich auch etwas. Dann geht es schnell wieder schlechter. Die Patientin hat kein Interesse und keine Freude mehr an der Arbeit. Der Schlaf ist nur noch mit Schlafmitteln möglich; auch der Appetit läßt nach. Nachts hört sie Wagen fahren, was ihr wie das Rollen von Leichenwagen vorkommt, und sie wartet mit Angst nun abgeholt zu werden. Am schlimmsten quält sie die Furcht, sie weiß selbst nicht genau wovor. Als sie einmal eine Medaille in die Hand nimmt, erschrickt sie sehr, und glaubt, daß ihr etwas Schlimmes passieren wird. Ihre Hausfrau wirft öfter Papierschnitzel vor die Türe, worüber sich die Kranke sehr aufregt, da sie nicht weiß, was das zu bedeuten hat, sicher aber etwas Schlimmes. Keine Selbstvorwürfe und Tagesschwankungen. Die Stimmung ist tieftraurig. (8 ES, Opiumkur, 6 1/2 Wochen Klinikaufenthalt. Sehr gut gebessert entlassen.)

£) Versündigungswahn

Zur depressiven Symptomatik gehört auch die Umkehr des Vergiftungsgedankens, die sich in zwei Krankengeschichten findet. Die Patienten glauben, daß sie selbst voller Gift stecken und jeder,

der mit ihnen in Berührung kommt, oder etwas anrührt oder ißt, was sie in Händen hielten, vergiftet wird. Folgendes Beispiel wird dies besser erläutern.

Beispiel Nr. 7

KG. Nr. 1071/57

61jährige Rentnerin.

Ein halbes Jahr vor Klinikeinweisung glaubte die Patientin plötzlich ohne äußeren Anlaß, sie habe die Tochter und die Leute ihrer Umgebung vergiftet. Deshalb mußten der Waschtisch zerstört und die Hühner getötet werden, nachdem sie bereits die Eier geworfen hatte. Wer die Kranke anrührt, ist sofort vergiftet.

Sie glaubt ständig von der Polizei verhaftet zu werden und holte deshalb keine Rente mehr ab, da überall Polizisten stehen. Ihre Wohnung läßt sie vollständig verwahrlosen, da weder sie noch ein Anderer wegen des Giftes etwas anrühren darf. Sie macht sich Vorwürfe, sie habe ihr Stiefkind schlecht behandelt. Allem was geschieht und was gesprochen wird, misst sie eine negative Bedeutung zu. Wenn es läutet, sagt sie: "Jetzt holen sie mich".

Abends ist es schlimmer als morgens. Weil sie Schwerverbrecherin ist, darf sie auch nicht mehr in die Kirche gehen, der Herrgott hat es ihr verboten. Auf Schritt und Tritt fühlt sie sich beobachtet. Wenn sie in ein anderes Zimmer geht, drückt sie sich verstohlen an der Wand entlang. Sie geht nicht mehr auf die Straße, weil sich die Leute vor ihr fürchten und jeder, der sie berührt, sofort vergiftet ist. Sie läßt sämtliche Lebensmittel verderben und sieht im ganzen Haus Giftspuren. Schuld daran ist sie. Suicidgedanken werden abgelehnt. Der Appetit ist ungestört. Die Angehörigen wissen nach ihrer Meinung genau, was mit ihr passiert, wenn sie abgeholt wird. Auch in der Klinik glaubt sie, alle Mitpatienten zu vergiften. Die Stimmung ist klagsam, jämmerlich und weinerlich. (Nach 9 ES, Opiumkur, 4 Wochen Klinikaufenthalt, vollständig remittiert entlassen.)

{) Der Zeiger der Schuld

In 20 Fällen (15 Frauen = 38,4% und 5 Männer = 45,5%) bezeichnen sich die Patienten selbst als schuldig an ihrer Krankheit. In 21 Krankengeschichten (16 Frauen = 41% und 5 Männer = 45,5%)

war eine klare Fremdschuld zu finden. Von den anderen Patienten ist über ihre Schuldgefühle nichts zu erfahren. Die Kranken schwanken meist, wen sie verantwortlich machen sollen. Als Beispiel für das labile Schuldgefühl diene folgende Krankengeschichte:

Beispiel Nr. 8

KG. Nr. 745/52

46jähriger Arbeiter, ledig.

Seit einem Jahr ungefähr leidet der Patient unter Kopfschweiß, Kopfschmerz, Mattigkeit und Schlafstörung. "Seit einem halben Jahr stimmt es überhaupt nicht mehr mit mir, das merke ich selbst." Seine Arbeitskameraden verdächtigen ihn des Diebstahls und reden hinter seinem Rücken Schlechtes über ihn. Sie haben ihm zu verstehen gegeben, er sei ein Verbrecher und geschlechtskrank und stecke die anderen an. Der Kranke geht deshalb nicht mehr zum Haarschneiden. Er ist sich aber keiner Schuld bewußt. Da das Murmeln hinter seinem Rücken aber nicht aufhört, denkt er über sich nach und kommt zu der Überzeugung, daß er manchmal kopflos und unüberlegt gehandelt hat, daß er selbstsüchtig und ungerecht zu seinen Mitmenschen gewesen ist. Manchmal meint er, daß ihm alle Menschen nur Schlechtes wollen, dann glaubt er wieder, daß jedermann besser sei als er. Manchmal meint er, daß er anderen gegenüber nie so dankbar sei, wie andere ihm gegenüber dankbar sind. Er müsse also doch ein schlechter Mensch sein. Einmal versucht der Patient ins Wasser zu gehen, kann aber daran gehindert werden. Er hört auch Stimmen hinter seinem Rücken, die vorwurfsvoll murmeln: "Er ist ein Dieb, er ist geschlechtskrank. Er tut so, als ob er nicht hören könnte". Die Stimmung ist ratlos depressiv. (Nach 10 ES und 7 Wochen Klinikaufenthalt gut gebessert entlassen.)

b) Paranoide Symptomatologie:

α) Verfolgungsgedanken

In der paranoiden Symptomatik stehen die Verfolgungsideen an erster Stelle. Bei den Frauen waren diese in 29 = 75,4% und bei den Männern in 10 = 90,9% der Fälle festzustellen. Die Kranken fühlen

sich, sei es nun aus dem Gefühl der eigenen Schuld als Strafe für tatsächlich begangene Verfehlungen oder eingebildete Verbrechen, sei es, ohne daß sie sich irgendeiner Schuld bewußt sind, von der Polizei, von den bösen Nachbarn etc. verfolgt. Im Gegensatz zum echten Paranoiker, der sich im Vollbesitz seiner Kräfte fühlt, und gegen seine vermeintlichen Feinde aggressiv wird, werden die Depressiv-paranoiden niemals angriffs-lustig, wohl, weil sie durch die Depression stark gehemmt werden.

β) Beobachtungsideen

An zweiter Stelle folgen die Beobachtungsideen. Bei den Frauen waren sie 28mal = 71,7% und bei den Männern 9mal = 81,8% festzustellen. Die Patienten fühlen sich von den Mitmenschen angeschaut. Man kontrolliert, was sie zu einer bestimmten Tageszeit unternehmen. Eine Patientin glaubt, es seien Apparate in die Wand eingebaut, um sie abzuhorchen; ein Patient fühlt sich mit Fernsehkameras beobachtet. Die Kranken leiden sehr unter dem Gefühl, nichts ungesehen tun zu können.

γ) Beziehungserlebnisse

Beziehungserlebnisse berichten 16 Frauen = 41% und 5 Männer = 45,5%. Die Patienten beziehen vor allem Zeitungs- und Radioberichte auf sich. Die Nachricht ihrer Schlechtigkeit und Untaten wird auf diese Weise überall verbreitet. Autos, die auf der Straße an den Kranken vorbeifahren, wollen sie abholen etc.

δ) Bedeutungserlebnisse

Über Bedeutungserlebnisse war von 6 Frauen = 15,4% und von 2 Männern = 18,2% zu erfahren. Der Inhalt dieser Erlebnisse ist immer ein negativer. Die Bedeutung, die diese Dinge für die Kranken haben, bezieht sich nur auf sie selber oder ihre Familie.

24 Frauen = 61,4% und 4 Männer = 36,4% glauben, daß man hinter ihrem Rücken schlecht über sie redet. Ein Teil der Kranken hält dieses Gerede für berechtigt, da die Patienten ja selber durch ihre Verfehlung Anlaß dazu gegeben haben. Der andere Teil glaubt, daß die üblen Nachredner ihnen nur Böses wollen, da sich die Kranken selber keiner Schuld bewußt sind.

ε) Vergiftungsideen

7 Frauen = 18,2% und 2 Männer = 18,2% glauben, daß sie vergiftet werden sollen.

ξ) Halluzinationen

Unter allen Sinnestäuschungen stehen die akustischen an erster Stelle. In einzelnen Fällen wird auch von haptischen Halluzinationen berichtet. Niemals aber sind leibhaftige optische Halluzinationen zu erfahren. Auffallend ist, wie sehr viel häufiger von den Frauen akustische Sinnestäuschungen berichtet werden als von den Männern. Das Verhältnis beträgt 20 Fälle = 51,2% : 2 = 18,2%. In 8 Fällen ist über den Inhalt der Halluzinationen nichts zu eruieren. Bei 6 Patienten haben die Stimmen befehlenden und kommentierenden Charakter. Ihre Handlungen werden von den Stimmen kritisiert. Was ihnen gesagt wird, müssen die Kranken ausführen. Die Stimmen drohen ihnen auch schlimme Strafen an, wenn sie den Befehlen nicht folgen: sie werden umgebracht, sie werden niemals gesund usw. Eine Patientin begeht unter dem Einfluß der Stimmen in einer früheren Phase einen Selbstmordversuch. In 6 Fällen werfen die Stimmen den Kranken vor, daß sie die schlechtesten Menschen seien, daß sie alle möglichen Verbrechen begangen haben etc. Eine Patientin hört Tier- und Vogelstimmen, eine andere den ganzen Tag Kirchenlieder.

Über haptische Sinnestäuschungen wird in 2 Fällen und über Geruchshalluzinationen ebenfalls in 2 Fällen berichtet. 4 Frauen glauben bestrahlt zu werden, von den Männern zeigt keiner dieses Symptom. Angedeutete optische Halluzinationen sind von 4 Patienten und zwar nur Frauen zu erfahren. Hiervon handelt es sich in 3 Fällen um nächtliche Gestalten; die Kranken können aber nicht mit Bestimmtheit behaupten, ganz wach gewesen zu sein. Die 4. Patientin glaubt, die Mutter Gottes gesehen zu haben; sie gibt aber auch zu, daß sie geträumt haben könne.

η) Gedankenentzug und -beeinflussung

11 Frauen = 28,2% berichten von Gedankenentzug und -beeinflussung. Eine dieser Patientinnen glaubt, vollkommen im ganzen Denken und Handeln unter hypnotischem Einfluß zu stehen. Wer sie

allerdings so in seiner Macht hat, daß sie alles "automatisch" tun muß, weiß sie nicht. "Es ist alles so von unten gemacht". Ein männlicher Patient äußert ebenfalls angedeutete hypnotische Erlebnisse. Sonst ist in den männlichen Krankengeschichten nichts über Gedankenentzug und -beeinflussung zu finden.

6. Therapie:

Unter den Therapeutica stand der Elektroschock (ES) an erster Stelle. Er wurde immer angewandt, wenn von Seiten des Herzens oder Kreislaufs keine Gegenindikation vorlag. In 3 Fällen wurden zwischen der ES-Behandlung einzelne Cardiazolschocks gegeben. Mit höchstfalls 12 ES war die Schocktherapie abgeschlossen; mit einer Ausnahme (14 ES). Gleichzeitig mit der ES-Therapie lief in vielen Fällen eine Opiumkur. Diese wurde aufsteigend mit 3 mal 8gtt tgl., 3 mal 10, 3 mal 12 usw. bis 3 mal 30gtt tgl. und anschließend in wieder absteigenden Dosen durchgeführt. Zusätzlich wurde in mehreren Fällen Megaphen gegeben, oder nach einer erfolglosen ES-Kur eine Megaphen-Behandlung angeschlossen.

7. Therapieerfolge:

Bevor über die Heilerfolge gesprochen wird, müssen erst die Patienten ausgeschieden werden, die auf eigenen oder auf Wunsch der Angehörigen verfrüht aus der Klinik entlassen werden mußten, also keiner vollständigen Therapie zugeführt werden konnten. Es handelt sich um 5 Patienten (4 Frauen und 1 Mann), von denen 2 durch die Teiltherapie leicht gebessert werden konnten, die anderen 3 unverändert die Klinik verließen.

Nach Ausscheidung dieser 5 = 10% bleiben noch 45 Patienten = 90%, die intensiv behandelt werden konnten. Die folgenden Prozentzahlen berechnen sich aus diesen 45 Patienten = 100%.

Es wurden 13 = 28,9% vollständige Remissionen erzielt, 24 = 53,4% der Kranken verließen sehr gut gebessert, 6 = 13,3% nur gebessert die Klinik und 2 Patienten = 4,4% blieben unverändert.

13 Patienten = 28,9% (9 Frauen, 4 Männer) wurden vollständig symptomfrei entlassen. Bei 10 von ihnen war es die erste Phase, 3 hatten früher schon Verstimmungszustände. Die Klinikaufenthalte dieser 13 Kranken lagen zwischen 4 und 8 Wochen bis auf einen,

der sich über 10 Wochen erstreckte. Die Patienten wurden alle mit ES therapiert. Um den gewünschten Heilerfolg zu erzielen, waren notwendig:

bei 2 Patienten	4	-	6	ES
" 7 "	7	-	9	ES
" 4 "	10	-	12	ES

Opiumkuren wurden in 5 Fällen durchgeführt. Bei 3 Kranken waren noch Megaphengaben notwendig.

24 Patienten = 53,4% (20 Frauen, 4 Männer) konnten in sehr gut gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden. Bei 13 von ihnen war es die erste Phase. In 13 Fällen befanden sich die Kranken zwischen 3 1/2 und 6 Wochen in der Klinik. 9 Patienten blieben 6 1/2 - 9 Wochen und 2 benötigten 10 1/2 - 12 Wochen für ihre gute Remission. Alle Kranken, mit einer Ausnahme, wurden mit ES therapiert. Statt mit der, in diesem Falle, intern kontraindizierten ES-Behandlung wurde mit Megaphen ein befriedigendes Ergebnis erzielt. Bei einem anderen Patienten mußte nach 2 ES wegen einer Herzinsuffizienz die Schockbehandlung angesetzt werden; auch hier wurde durch Megaphen ein gutes Resultat erreicht. Von den übrigen 22 Kranken wurden

9 Patienten mit	4	-	6	ES
11 " "	7	-	9	ES
2 " "	10			ES behandelt.

Dazu wurden in 9 Fällen Opiumkuren durchgeführt. 5mal erwies sich Megaphen als notwendig, 1mal wurde zusätzlich Sedaraupin gegeben.

4 Patienten = 8,9% (2 Frauen, 2 Männer) konnten trotz vollständiger Therapie nur gebessert werden. Sie blieben zwischen 5 und 7 Wochen in der Klinik. Mit je 9 ES wurden 3 Patienten behandelt. 1 Kranker erhielt 6 ES. In 3 Fällen wurde Megaphen verabreicht. Bei einem Patienten war es die erste Phase, die anderen hatten früher schon Verstimmungszustände.

Zu dieser Gruppe sollen noch 2 Patienten (Frauen) gerechnet werden. In einem Fall konnte das Depressive vollständig zum Verschwinden gebracht werden, während das paranoide Syndrom zum großen Teil bestehen blieb. Im Fall der anderen Patientin war es

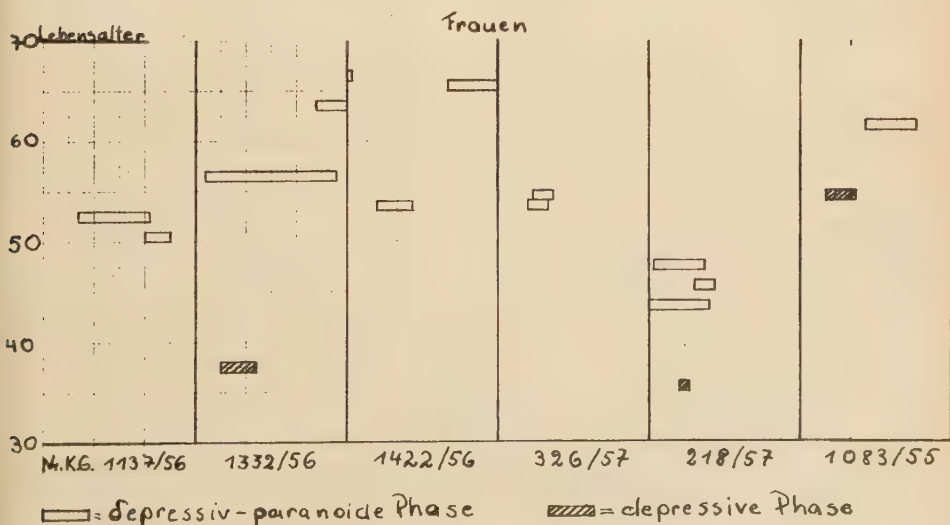
umgekehrt, d.h. die paranoiden Symptome verschwanden, während die depressiven blieben. Die beiden Kranken wurden mit 10 bzw. 8 ES und Opium behandelt. Sie befanden sich 5 1/2 und 6 1/2 Wochen in der Klinik. Beide Patientinnen machten früher schon Phasen durch.

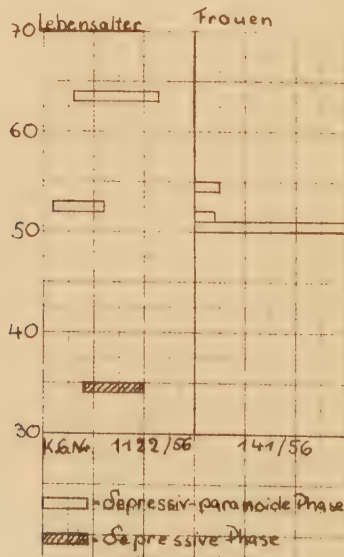
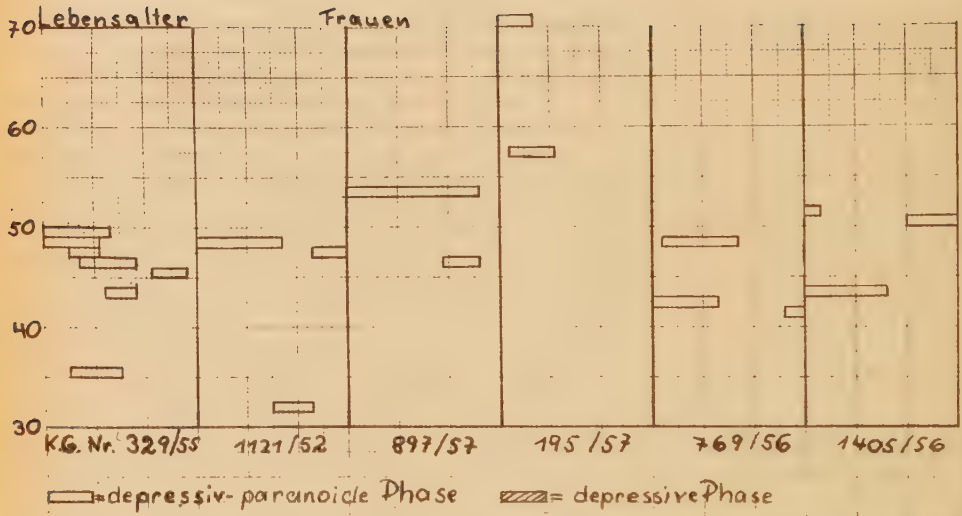
2 Kranke (Frauen) = 4,4% mußten in unverändertem Zustand entlassen werden. Eine dieser Patientinnen kam in das Nervenkrankenhaus Haar. Bei ihr handelte es sich um die zweite Phase einer depressiv-paranoiden Psychose. Die Kranke wurde mit ES, Megaphen und Opium behandelt. Die andere Patientin, sie war schon immer ein überaus ängstlicher Mensch, erlitt die erste Phase. Sie wurde mit 14 ES und Megaphen während eines 14wöchigen Klinikaufenthaltes behandelt, jedoch ohne Erfolg.

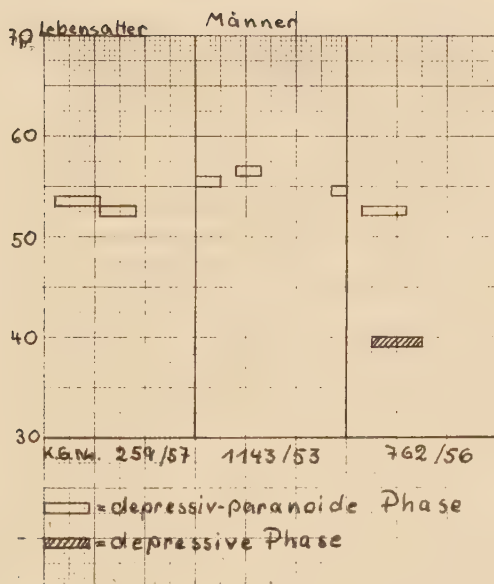
8. Frühere Phasen:

Von 39 Frauen machten 14 = 36,4% mehr als eine Phase durch. Von 11 Männern waren es 3 = 27,3%, die mehr als eine Phase erlitten. Aus den Tabellen sind die Dauer der einzelnen Phasen und das Lebensalter der Kranken, in dem sie diese Phasen durchmachten, zu ersehen.

Die zuletzt durchgemachte, in den Tabellen also die oberste, ist die in dieser Arbeit behandelte Phase.







9. Verhältnis des Zeigers der Schuld zum Therapie-Erfolg:

Zum Schluß des Kapitels über die psychiatrischen Befunde, sei noch der Zusammenhang zwischen Schuldrichtung und dem Zustand der Kranken bei der Entlassung erwähnt. Die Psychosen der 37 Patienten, die völlig remittiert oder gut gebessert entlassen wurden, zeigen 15mal eine Ich- und 14mal eine Fremdschuld; die übrigen 8 ein labiles Schuldgefühl. Die Psychosen der Kranken, die nur gebessert die Klinik verließen, zeigen je zur Hälfte Fremd- bzw. Ichschuld, ebenso die der in unverändertem Zustand entlassenen Patienten.

Aus diesen Tatsachen lassen sich allerdings keinerlei Rückschlüsse hinsichtlich der weiteren Prognose der Erkrankung ziehen. Nur an Hand von katamnestischen Befunden und weiterer Beobachtung der Patienten ließe sich im Laufe der Zeit feststellen, ob die Prognose einer Psychose mit Fremdschuld schlechter ist, als die einer endogenen Geisteskrankheit, die mit einer Ichschuld einhergeht.

D. Diskussion

Eine klare Diagnose, Schizophrenie oder Cyclothymie, ist im höheren Alter schwieriger, da sich die Grenzen zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Schizophrenie immer mehr verwischen und auch organische Erkrankungen ähnliche Krankheitsbilder hervorrufen können. Auch die in dieser Arbeit dargestellte depressiv-paranoide Psychose im Involutionalter stellt uns vor dieses Problem. Im Folgenden sollen die Meinungen anderer Autoren den Untersuchungsergebnissen dieser Arbeit gegenübergestellt und eine nosologische Einordnung der depressiv-paranoiden Rückbildungspsychose versucht werden.

Die depressiv-paranoiden Psychosen, sowie alle anderen depressiv gefärbten Psychosen im höheren Lebensalter betreffen bevorzugt Frauen. Dieses ungleich häufigere Vorkommen beim weiblichen Geschlecht wird auch von anderen Autoren bestätigt. (G a u p p (3), S t r a n s k y (4), A l b r e c h t (5), K l e i s t (6), M e d o w (7), S e r k o (12)).

Es gibt zwei Hypothesen für die Ätiologie der späten depressiv gefärbten und schizophrenie-ähnlichen Psychosen. Gegen die eine, die sich auf die innersekretorischen Verschiebungen durch den Ausfall der Ovarialfunktion beruft, spricht die Tatsache, daß mit Hormontherapie keine oder nur geringe Erfolge erzielt werden konnten, und zwar, je schizophrenie-ähnlicher die Psychose war, umso weniger. Wohl gelang es leichte depressive Verstimmungen mit entsprechender Hormonbehandlung zu bessern, woraus geschlossen werden kann, daß der Ausfall der Ovarialfunktion in der Lage sein könnte, sowohl leichtere depressive Verstimmungen hervorzurufen, als auch spätschizophrene und alle anderen endogenen Psychosen im höheren Lebensalter ängstlich-depressiv zu färben. (B l e u l e r (8)).

Die andere Hypothese besagt, daß die Involution, der altersmäßige Abbau des Gehirns, die Ursache der späten schizophrenie-ähnlichen Wahnpsychosen sei. (S e e l e r t (9)). Als Hauptsymptom führt S e e l e r t dabei das Haften an, das K l e i s t (6) in seiner "Involutionssparanoia" beschreibt. Nach L e c h l e r (10) besitzt die Involution eine auslösende Funktion, ähnlich wie Pubertät, Wochenbett und Klimakterium. Die individuelle

Anlage ist nicht so stark, daß es ohne Anlaß zum Ausbruch der Psychose kommt. Erst durch die altersmäßige Veränderung des Gehirns wird der Weg frei zur Psychose. Die hemmende Funktion der Großhirnrinde wird fortschreitend ausgeschaltet. Daher auch die große Bedeutung des körperlichen, vor allem aber cerebralen Abbaus für das Auftreten endogener Psychosen, und zwar nicht nur das einmalige, sondern auch für cyclischen Verlauf. Durch die Erfolge mit Elektroschocktherapie unterscheiden sie sich nicht von den Psychosen des früheren Lebensalters.

L e c h l e r sagt, man müsse eine Schizophrenie oder Cyclothymie auch dann als solche diagnostizieren und behandeln, wenn eine cerebrale Erkrankung, sei es Paralyse, Hirnathrophie oder Cerebralsklerose mit Sicherheit vorliegt, da ja die Symptomatologie der körperlich begründbaren Psychosen sich deutlich von der der endogenen Psychosen unterscheidet, deren Ursache uns unbekannt ist. Auch nach K r a e p e l i n (2) scheint das Auftreten depressiver Krankheitsbilder nach dem 50. Lebensjahr durch die Involution besonders begünstigt zu werden und zwar vor allem das einmalige.

Die Involution scheint also, wenn auch nicht als Ursache, so doch zumindest als auslösender Faktor eine Rolle zu spielen. Dafür spricht auch, daß wir das Krankheitsbild der depressiv-paranoiden Psychose im jüngeren Lebensalter kaum zu Gesicht bekommen, während es im höheren Alter doch recht häufig ist. Nun könnte man die Frage stellen, warum werden hauptsächlich Frauen von den depressiv gefärbten Wahnpsychosen befallen? Warum Männer soviel seltener? Sie sind doch der Involution genauso ausgesetzt, wie das weibliche Geschlecht. Ob hier nicht vielleicht doch die innersekretorische Verschiebung durch den Ausfall der Ovarialfunktion eine Rolle spielt?

Bevor die in dieser Arbeit untersuchte Psychose den Beschreibungen anderer Autoren gegenübergestellt wird, sei zuerst ihre Symptomatologie dargelegt. Zu den Symptomen der endogenen Depression, wie Vitalstörungen, Selbstvorwürfe, Suicidneigung, treten paranoide: Verfolgungs- und Beobachtungsideen, Beziehungs- und Bedeutungserlebnisse, Vergiftungs- und Bestrahlungsideen, sowie Halluzinationen, vor allem akustischer Art, selten haptische, aber niemals leibhafte optische Sinnestäuschungen. Alle diese

Wahngedanken und wahnhaften Erlebnisse sind niemals zerfahren oder absurd. Der Gedankengang bleibt immer geordnet, wenn auch durch die Denkhemmung teilweise eingeengt. Die Wahninhalte sind immer negativ und bedrängend. Auch die Halluzinationen, vor allem die akustischen, soweit über die Aussagen der Stimmen etwas zu erfahren ist, sind für die Patienten drohend und lästig. Die Stimmung der Kranken ist depressiv, und meist wahnhaft gefärbt. Die Angst, ein fast niemals fehlendes Symptom, ist nur selten eine depressive Angst, meist ist sie die Furcht vor etwas Unausweichlichem, Drohendem. Die Orientiertheit und der Zusammenhalt der Persönlichkeit bleiben immer erhalten.

G a u p p (3) hat, nachdem K r a e p e l i n seinen "Dementia praecox" Begriff geprägt, als erster versucht, besondere Krankheitsbilder des höheren Lebensalters von der Dementia praecox abzugrenzen. Bei Frauen zwischen dem 45. und 60. Lebensjahr beschreibt er eine "depressiv-klimakterische Erregung mit Ausgang in Schwäche". Sie beginnt mit depressiver Erregung, Weinen, Jammern, Selbstvorwürfen und massenhaft ängstlichen Halluzinationen bei erhaltener Orientiertheit und Persönlichkeit. Die Depression klingt ab, und es bleiben querulatorische Stimmungslagen, hypochondrische Wahnideen und stereotypes Jammern, wobei affektive und intellektuelle Zugänglichkeit erhalten bleiben. Diese Form der Psychose scheint weitgehend mit dem Bild der depressiv-paranoiden Rückbildungspsychose übereinzustimmen. G a u p p sieht in seinem geschilderten Krankheitsbild eine Unterform der Involutionmelancholie. Die von S t r a n s k y (4) geschilderte Psychose, die er "Dementia tardiva" nennt, beginnt mit depressivem Vorstadium, hinzu kommen Halluzinose, Absurdität und Zerfahrenheit des Wahnes, später zunehmende Demenz bei erhaltener Affektivität. Diese Psychose ist wohl, da der Dementia praecox sehr ähnlich, ganz zum schizophrenen Formenkreis zu rechnen und hat trotz ihres depressiven Einschlages nichts mit der geschilderten depressiv-paranoiden Psychose zu tun.

Eine der depressiv-paranoiden sehr ähnliche Psychose beschreibt K r a e p e l i n (2), die er "depressiven Wahnsinn" nennt. Zu einem depressiven Beginn mit Selbstvorwürfen, Hypochondrie und Nihilismus treten bald Verfolgungsideen, akustische und haptische Halluzinationen. Das Bewußtsein ist nicht stärker getrübt, das

Gedächtnis bleibt ungestört. Die Patienten sind orientiert und geben geordnet Auskunft. Die Stimmung ist depressiv bis stumpf. Die Kranken werden im Verlauf immer gleichgültiger und enden in geistiger Schwäche, wobei die Persönlichkeit erhalten bleibt. K r a e p e l i n beobachtete eine Reihe von Fällen, die noch nach 7 Jahren das gleiche Bild boten und die er deswegen nicht zum manisch-depressiven Formenkreis rechnet. Er glaubt auch nicht, daß die Verblödung arteriosklerotisch bedingt sei, da der Endzustand nicht die Züge der arteriosklerotischen Demenz trägt und vor allem Herdzeichen fehlen. Ebenso wenig reiht er sie in die katatonen Erkrankungen ein, da die Zerfahrenheit fehlt, der innere Zusammenhang der Seelenvorgänge erhalten bleibt, und Sinnestäuschungen nur eine geringe Rolle spielen. A l b r e c h t (5) beschreibt unter 138 Involutionspsychosen 19 Fälle (18 Frauen, 1 Mann) im Sinne von K r a e p e l i n 's depressivem Wahnsinn und sieht sie als eine Untergruppe der klimakterischen Melancholie an.

Die "Involutionsparanoia" von K l e i s t (6) dürfte als ein Grenzfall der depressiv-paranoiden Psychosen angesehen werden. Das depressive Element ist hier nicht sehr deutlich. Die Krankheit beginnt schleichend und wird dann chronisch ohne Destruktion der Persönlichkeit. Symptomatologisch fallen besonders auf: Mißtrauen, Selbstüberschätzung, Reizbarkeit, sexuelles Geltungsbedürfnis, Wahnideen und Gehörshalluzinationen. Besonders fällt eine Denkstörung auf, die sowohl Haften als auch Ideenflucht zeigt. Die Involutionsparanoia befällt bevorzugt alleinstehende Frauen im Alter von 40 - 50 Jahren. (10 Fälle). K l e i s t glaubt, die Involutionsparanoia sei konstitutionell dem manisch-depressiven Formenkreis verwandt.

Die "Involutionsparaphrenie" von S e r k o (12) beginnt akut und nimmt einen chronisch progressiven Verlauf, aber ohne schizophrene Züge. Sie befällt vorwiegend Frauen. Die Symptomatik zeigt Verfolgungsideen und Beeinträchtigungswahn. Es fehlen niemals sexuelle Motive. Die Stimmung ist cyclothymen Schwankungen unterworfen und die Lebenslust geht verloren. Echte Halluzinationen sind fraglich.

Sowohl bei der Involutionssparanoia als auch der Involutionsparaphrenie, spielt die Sexualität eine große Rolle. Beide befallen bevorzugt alleinstehende Personen. Bei den depressiv-paranoiden Psychosen findet man diesen Faktor nur selten. Die Patienten, deren Erkrankung eine sexuelle Beteiligung zeigt (Beispiele Nr. 2, 4, 5, 7) sind ebenfalls unverheiratet.

M e d o w (7) beschreibt eine Gruppe depressiver Psychosen, die er "erstarrende Rückbildungsdepression" nennt. Die Erkrankung erfolgt im Anschluß an das Klimakterium zwischen dem 44. und 57. Lebensjahr (5 Fälle: 4 Frauen, 1 Mann). Schleichender Beginn mit depressiver Verstimmung, Angst, Unruhe und Hypochondrie, dazu treten bald Wahnideen, Vergiftungsgedanken, Kleinwahn und Nihilismus. Die Sexualität spielt keine Rolle. Auffassung, Intelligenz und Merkfähigkeit bleiben erhalten. Auf dem Höhepunkt der Erkrankung werden die gedanklichen und motorischen Antriebe derart einförmig, daß sie den Anschein von Stereotypien und Iterationen erwecken. Auch dieses Krankheitsbild zeigt, bis auf die Erstarrung, eine große Ähnlichkeit mit den depressiv-paranoiden Involutionspsychosen. M e d o w rechnet die erstarrende Rückbildungsdepression nicht zum manisch-depressiven Formenkreis, wegen der Defektheilungen, er grenzt sie aber auch gegen die Katatonie ab, da ja die Geschlossenheit der Persönlichkeit erhalten bleibt.

L e o n h a r d (11) beschreibt eine Psychose, die er "argwöhnische Depression" nennt. Auf depressiver Grundlage werden Beziehungsideen entwickelt mit depressiven Inhalten. Auch die Stimmen, die gelegentlich gehört werden, geben depressive Ideen wieder. Die Erkrankung verläuft hin und wieder chronisch.

In seinem großen Übersichtsreferat hat K e h r e r (13) die Problematik der gesamten Um- und Rückbildungspsychosen aufgezeigt, sich mit den bis dahin geleisteten Arbeiten auseinandergesetzt und kritisch Stellung zu ihnen genommen.

Wir wissen, daß Schizophrenien in jüngeren Jahren sehr oft in Verblödung enden; die Persönlichkeit, die in diesem Alter noch nicht so fest gefügt ist, wird vollständig zerstört. Bei den schizophrenie-ähnlichen Psychosen im höheren Lebensalter sehen wir diesen Ausgang sehr viel seltener.

Die depressiv-paranoiden Psychosen des Rückbildungsalters lassen sich mit der Elektroschocktherapie erfolgreich behandeln. Je mehr die Psychose allerdings zur Schizophrenie neigt, um so schlechter scheint die Prognose zu werden. Mit Hilfe der Metapher vom Zeiger der Schuld hat S c h e i d (15) die Prognose involutiver Psychosen untersucht. Er hat einen deutlichen Zusammenhang zwischen Schuldrichtung und Verlauf gefunden. Eine primäre Ichschuld läßt, auch wenn eine sekundäre Fremdschuld später dazutritt, und die Ichschuld überlagert, eine günstige Prognose zu. Ausnahmen sind natürlich möglich, da ja auch eine echte Schizophrenie durch eine Depression mit reiner Ichschuld eingeleitet werden kann. Umgekehrt läßt sich eine reine Fremdschuld, am Anfang auftretend, auch wenn sie von einer sekundären Ichschuld überlagert wird, mit größter Wahrscheinlichkeit als ungünstiges prognostisches Zeichen werten.

Man sieht, daß sich die Autoren in verschiedener Weise bemüht haben, der depressiven Alterspsychosen in irgendeiner Form gerecht zu werden. Durch die Vielzahl der Symptome gibt es vielfältig und bunt variierende Krankheitsbilder. Wenn man glaubte, eine Einteilung gefunden zu haben, erwies es sich bald, daß dieses oder jenes Krankheitsbild außerhalb der Einteilung stand und man wieder eine Umgruppierung vornehmen mußte. So kennen wir bis heute keine endgültige Einordnung der Alterspsychosen, sie stehen außerhalb der gebräuchlichen Nosologie, da sich die Autoren nicht einigen können, ob man die Alterspsychosen mit mehr oder weniger Gewalt zur Schizophrenie oder zur Cyclothymie rechnen soll, oder ob man sie als eine ganz eigene Krankheitsform, außerhalb dieser beiden Gruppen, mit eigenen Unterabteilungen betrachten soll. Die psychopathologische Differenzierung ist sehr viel schwieriger als im jüngeren Lebensalter, da die Psychosen der älteren Menschen viel mehr von Persönlichkeit, Charakter, Triebstruktur etc. geprägt werden. "Zuspitzung der Charakterzüge" (S c h n e i d e r', S c h e i d).

Nach K o l l e (14) handelt es sich bei den manisch-melancholischen Wahnsyndromen wohl um echte manisch-melancholische Störungen im paranoischen Gewande. Bei den depressiv-paranoiden Psychosen spricht vieles dafür, daß es sich um Psychosen handelt,

die dem manisch-depressiven Formenkreis angehören oder nahe-
stehen; in diesem Sinne ist auch die offensichtlich gute Pro-
gnose, sowie die, in den Krankengeschichten allerdings recht
unscharf beschriebene, prämorbidie Persönlichkeit, von der aber
behauptet werden kann, daß ihr schizoide Züge fehlen, zu ver-
stehen, Ob einzelne Fälle chronisch verlaufen, bleibt katemen-
stischen Untersuchungen vorbehalten. Eine Zugehörigkeit der de-
pressiv-paranoiden Psychosen zur Kerngruppe der Schizophrenien
ist ganz und gar unwahrscheinlich, zumal die wichtigsten Symp-
tome: schizophrene Denkstörung, Autismus und die emotionale
Verflachung fehlen. Schließlich bestehen nosologisch noch zwei
Möglichkeiten: 1. daß es sich hier um eine Sonderform der endo-
genen Psychosen handelt oder 2. daß das Paranoide nur acciden-
tell ist und sich aus Persönlichkeitsstruktur, Lebensphase und
Lebensschicksal verstehen läßt.

E. Zusammenfassung

An der Universitätsnervenklinik München wurden 50 Fälle von depressiv-paranoiden Psychosen (39 Frauen, 11 Männer) an Hand von Krankengeschichten bearbeitet. Das Verhältnis der weiblichen Probanden zu den männlichen beträgt rund 3,5 zu 1. Die Frauen erkrankten am häufigsten zwischen dem 50. und 55., die Männer zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr. Ob das Auftreten depressiv-paranoider Psychosen eine bestimmte Konstitution bevorzugt, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden.

Der Beginn ist bei den einzelnen Erkrankungen verschieden; bei einem Teil der Fälle steht das Depressive am Anfang und später kommen erst paranoide Symptome hinzu, bei einem anderen Teil ist der Beginn paranoid und die depressiven Symptome treten dann im Verlauf in Erscheinung. Der Beginn, ob depressiv oder paranoid, sagt aber nichts über den weiteren Verlauf oder die Prognose aus.

In der Symptomatologie gesellen sich zu depressiven Symptomen wie : Vitalstörungen, Selbstvorwürfe, Suicidgedanken, solche des schizophrenen Formenkreises: Beobachtungs- und Verfolgungsideen, Bedeutungs- und Beziehungsgedanken, Bestrahlungs- und Vergiftungsideen, vielfach auch akustische Halluzinationen. Die Stimmung der Kranken ist wahnhaft-ängstlich. Die Psychose klingt ab ohne einen Defekt zu hinterlassen.

Mit großer Wahrscheinlichkeit handelt es sich hier um Psychosen, die dem manisch-depressiven Formenkreis angehören; andere Möglichkeiten der nosologischen Einordnung wurden in der Diskussion besprochen.

F. Literaturverzeichnis

1. J a s p e r s K. Allgemeine Psychopathologie,
6. Auflage
Berlin Göttingen Heidelberg:
Springer Verlag 1953
2. K r a e p e l i n E. Lehrbuch, 8. Auflage
2. Band 1. Teil
Leipzig 1910
3. G a u p p R. Depression des höheren Lebens-
alters, Münchner med. Wochenschrift
32 (1905) 1531
4. S t r a n s k y E. Die paranoiden Erkrankungen,
Zeitschr.f.d.ges. Neur.u.Psych.,
18 (1913) 387
5. A l b r e c h t O. Die funktionellen Psychosen des
Rückbildungsalters,
Z. Neur. 22 (1914) 306
6. K l e i s t K. Die Involutionspananoia,
Allgem. Zeitschr.f. Psychiatrie
70 (1913) 1
7. M e d o w W. Eine Gruppe depressiver Psychosen
des Rückbildungsalters mit un-
günstiger Prognose,
Archiv f. Psych. 64 (1922) 480
8. B l e u l e r M. Die spätschizophrenen Krankheits-
bilder,
Fortschritte d. Neurol. u. Psych.
15 (1943) 259
9. S e e l e r t Paranoide Psychosen im höheren
Lebensalter
Archiv f. Psych. 15 (1915) 1

10. L e c h l e r A. Die Psychosen der Alten,
Archiv f. Psych. 185 (1950) 440
11. L e o n h a r d K. Aufteilung der endogenen Psychosen,
Berlin, Akademieverlag
12. S e r k o Die Involutionsparaphrenie,
Monatsschrift f. Psych.u.Neurol.
45 (1919) 245
13. K e h r e r F. Die Psychosen des Um- und
Rückbildungsalters.
Zentralbl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.
25 (1921) 1
14. K o l l e K. Die Beteiligung der manisch-melan-
cholischen Anlage am Aufbau para-
phrener und paranoischer Psychosen,
Zeitschr.f.d.ges.Neurol.u.Psych.
131 (1931) 171
15. S c h e i d W. Der Zeiger der Schuld in seiner Be-
deutung für die Prognose involu-
tiver Psychosen.
Zeitschr.f.d.ges.Neurol.u.Psych.
150 (1934) 528

Lebenslauf

Am 3. August 1934 wurde ich als erstes Kind des Fabrikanten Hans Hüchtebrock und seiner Ehefrau Berta in Wuppertal geboren. 1943 wurden wir nach Unterfranken evakuiert. Ich besuchte das humanistische Gymnasium in Miltenberg und Aschaffenburg und legte im Juni 1953 die Reifeprüfung ab. Im Wintersemester 1953 begann ich das Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, der ich während elf Semestern treu blieb. 1956 bestand ich das Physikum und 1959 die ärztliche Abschlußprüfung. Seit Juli 1959 bin ich verheiratet und wohne jetzt in Darmstadt.

